Qual è la terapia più efficace per l'osteoporosi?

Data 27 luglio 2008
Categoria reumatologia

Secondo una revisione sistematica i farmaci proposti per la prevenzione delle fratture osteoporotiche sono dotati di buona efficacia, ma mancano dati derivanti da confronti diretti.

In questa revisione sistematica della letteratura sono stati ricercati in MEDLINE ed in altri database studi in lingua inglese pubblicati dal 1966 al novembre 2007 in cui venisse riportata le frequenza o il rischio per fratture e quelli in cui fossero stati studiati gli effetti cardiovascolari, tromboembolici, gastrointestinali, oncologici e l'osteonecrosi associati all'uso di farmaci per l'osteoporosi. La ricerca ha permesso di selezionare 76 RCT e 24 meta-analisi.
Gli autori hanno trovato che vi sono buone prove che alendronato, etidronato, ibandronato, residronato, acido zoledronico, estrogeni, ormone paratiroideo (1-34) e raloxifene prevengono le fratture vertebrali rispetto al placebo. Per quanto riguarda le fratture femorali ci sono evidenze disponibili per alendronato, risedronato, estrogeni ed acido zoledronico. L'effetto della vitamina D varia, sia per le fratture vertebrali che per quelle femorali, a seconda della dose usata, del tipo di analogo, della popolazione trattata.
Per quanto riguarda gli effetti collaterali raloxifene, estrogeni ed estro-progestinici aumentano il rischio di eventi tromboembolici mentre l'etidronato risulta associato ad un aumentato rischio di ulcerazioni esofagee e perforazioni gastrointestinali, ulcere e sanguinamenti.
Limiti della revisione sono l'esistenza di pochi studi che abbiano paragonato tra loro i diversi trattamenti disponibili.
Gli autori concludono che esistono buone evidenze di efficacia per vari farmaci usati nella prevenzione delle fratture osteoportiche ma i dati sono insufficienti per determinare l'efficacia o la sicurezza relativa di questi trattamenti per mancanza di confronti diretti.

Fonte:

MacLean C et al. Systematic Review: Comparative Effectiveness of Treatments to Prevent Fractures in Men and Women with Low Bone Density or Osteoporosis
Ann Intern Med 2008 Feb 5; 148:197-213.

Commento di Renato Rossi

Quest'ampia revisione della letteratura sui farmaci usati per la prevenzione delle fratture osteoporotiche è stata limitata agli studi pubblicati in lingua inglese, ma è verosimile che siano stati ritrovati tutti gli studi più importanti. Si conferma che molti dei trattamenti disponibili sono efficaci: per alcuni esiste dimostrazione sia per le fratture vertebrali che per quelli d'anca, per altri solo per le fratture vertebrali. Assodato comunque questo fatto, quello che interessa al medico pratico è se ci siano prove di una qualche superiorità di un trattamento rispetto ad un altro. Purtroppo non è possibile rispondere a questa domanda. Infatti, nonostante la mole di studi effettuata, non può non stupire che manchino trials di sufficiente ampiezza che abbiano paragonato direttamente tra loro i vari farmaci, tanto che è impossibile definire l'efficacia e i pericoli delle terapie proposte ponendoli in relazione tra di loro. Gli autori della revisione sottolineano che gli studi che hanno paragonato tra loro diversi bifosfonati, diversi modulatori selettivi degli estrogeni oppure farmaci di classe diversa hanno valutato solo end-point surrogati (soprattutto la BMD) ma non avevano abbastanza casistica o durata per deteterminare un end-point hard come le fratture. Perciò si deve prendere atto che non è stata dimostrata la superiorità di un bifosfonato su un altro oppure di un bifosfonato versus calcio, calcitonina o raloxifene. In alcuni trials, peraltro di qualità modesta, non c'erano differenze tra bifosfonati ed estrogeni (terapia che attualmente nessuno prescrive più con lo scopo di prevenire le fratture). Uno studio che ha confrontato direttamente alendronato e teriparatide è stato appena pubblicato ma non risulta nella bibliografia della revisione perchè troppo recente. In questo studio teriparatide ha dimostrato di essere superiore ad alendronato nel ridurre il rischio di fratture vertebrali (che erano, comunque, un end-point secondario) in pazienti con osteoporosi indotta da steroidi. Tuttavia il costo per evitare una frattura di vertebra è decisamente elevato, tanto da diventare quasi proibitivo nella pratica .
Se le evidenze di letteratura impediscono, quindi, di preferire un trattamento ad un altro per mancanza di dati, su quali basi si dovranno prescrivere i diversi farmaci? Come sempre in questi casi i parametri da considerare saranno altri: l'esistenza di controindicazioni o la tollerabilità nel singolo paziente e, last but not least, il costo.

Referenze

1. Saag KG et al. Teriparatide or Alendronate in Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. N Engl J Med 2007 Nov 15; 357:2028-2039
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3611

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 2/11/2026 alle ore 14:21 | Pagina 1 di 1